

**Untersuchungen über Art und Häufigkeit
von Organerkrankungen bei depressiven
und schizophrenen Geisteskranken vor
und nach Ausbruch der Psychose**

Julius Günther Moormann

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK
Direktor: Professor Dr. med. W. SEITZ

UNTERSUCHUNGEN ÜBER ART UND HÄUFIGKEIT VON ORGAN-
ERKRANKUNGEN BEI DEPRESSIVEN UND SCHIZOPHRENEN
GEISTESKRANKEN VOR UND NACH AUSBRUCH DER PSYCHOSE

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig - Maximilians - Universität zu München

vorgelegt von
Julius Günther Moormann
aus Essen/Oldbg.



München 1958

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Professor Dr. W. SEITZ
Dekan : Professor Dr. W. BÜNGELER

Tag der mündlichen Prüfung : 11.2.1958

DISPOSITION

I. EINLEITUNG	Seite	5
II. METHODE	Seite	6
III. MATERIAL	Seite	14
IV. ERGEBNISSE	Seite	22
V. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	Seite	35
VI. LITERATURANGABE	Seite	39
VII. LEBENS LAUF	Seite	42

EINLEITUNG

Ausgehend von der immer wieder in der Psychiatrie gemachten Beobachtung, dass zwischen gewissen körperlichen Krankheiten und Psychose bestimmte Beziehungen bestehen (15), haben wir es unternommen, denselben genauer nachzugehen. Diese Beziehungen können derart sein, dass Organerkrankung und Psychose alternierend oder synchron auftreten. Das Phänomen ist in mancherlei Hinsicht bedeutungsvoll. Den Internisten wird dabei vor allem die Frage interessieren, wie körperliche Erkrankungen sich nach Ausbruch einer Psychose verhalten, ob bestimmte Erkrankungen, wie z. B. Asthma, Ulkus, Hypertonie etc., für die er keine ätiologische Therapie besitzt, durch die Psychose beeinflusst werden und welches die Gründe dafür sein könnten. Er mag dabei hoffen, von dieser Seite her Einblicke in die immer noch unbekannte Ätiologie dieser Leiden zu erhalten, die sich trotz unübersehbarer pathogenetischer Teilkenntnisse bisher jeder Erfassung entzogen hat. Dem Psychiater und dem Konstitutionforscher wiederum werden andere Probleme im Zusammenhang mit dieser Frage wichtig werden.

Das vorliegende Material kann in zwei verschiedenen Weisen ausgewertet werden. Einmal können an demselben Untersuchungen vorgenommen werden zur Erfassung der Art und Häufigkeit von Vorkrankheiten bei Psychotikern. Daran kann die Frage nach Unterschieden dieser Krankheiten bei zwei verschiedenen Psychosearten und gegenüber einer Gruppe der Normalbevölkerung angeschlossen werden. Ein andermal kann das Schicksal dieser "Vorkrankheiten" nach Ausbruch einer Psychose beobachtet und das Augenmerk darauf gelenkt werden, ob die einzelnen Erkrankungen sich jetzt in den beiden Psychosegruppen in unterschiedlicher Weise ändern.

METHODE

Um ein einheitliches Krankenmaterial für diese Untersuchung zu bekommen, wählten wir die Probanden alle aus derselben Heil- und Pflegeanstalt. Dadurch war eine Einheitlichkeit der Diagnostik und eine für alle Probanden gleiche Art der Krankenblattführung garantiert.

Die Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren/Allgäu ⁺⁾ verfügt über ein ständiges Krankengut von annähernd 1000 Patienten. Aus dieser Zahl suchten wir die Probanden nach bestimmten Gesichtspunkten aus. Sie mussten entweder 3 Jahre im Minimum unterbrochen in der Anstalt sein oder über diesen Zeitraum in der Betreuung derselben. Für die depressive Gruppe wurden nur Fälle ausgewählt, bei denen die Verlaufsdiagnose: endogene Depression gesichert schien. Das Material der schizophrenen Gruppe umfasst nur die Fälle, deren endgültige Diagnose Defektschizophrenie lautete.

Die nächste Aufgabe bestand nun darin, die Erkrankungen vor und nach Ausbruch der Psychose zu erfassen. Für die Erkrankungen vor Ausbruch der Psychose beschränkten wir 3 verschiedene Wege:

1. mit Hilfe eines Vordruckes befragten wir die Angehörigen, die bis zum Beginn der Psychose in derselben Hausgemeinschaft mit dem Probanden gelebt hatten;
2. durch Einsichtnahme in das Krankenblatt verschafften wir uns die bei der Erstuntersuchung ermittelten anamnestischen Daten, denen z. T. Briefe des einweisenden Arztes zugrunde lagen;

⁺⁾ Ich möchte an dieser Stelle es nicht versäumen, Herrn Obermedizinalrat Dr. med. Salm, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren, meinen Dank auszusprechen für das freundliche Entgegenkommen, die Überlassung des Materials und für die zu jeder Zeit freundlichst gewährte Unterstützung.

3. durch Befragen des Probanden selbst konnten wir die gesuchten Daten - wenn auch nicht immer - vervollständigen.

Die Angaben des Probanden selbst wurden mit grossen Vorbehalten ausgewertet, da diese oft durch das vorgeschrittene Stadium der Psychose verändert sind. Sie wurden nur dann verwertet, wenn sie die auf anderem Wege erhaltenen Angaben bestätigten.

Die Erkrankungen, die nach Ausbruch der Psychose ⁺) auftraten, wurden den Krankenblättern und den Pflegebögen entnommen. Auch hier wurden die Angaben der Probanden selbst aus den vorhin angegebenen Gründen nur ergänzend verwertet. Die Angaben der Stationsärzte, die die Kranken seit Jahren kennen, waren dabei eine grosse Hilfe. Das Alter zur Zeit der Untersuchung und das Erkrankungsalter wurden den Krankenblättern, das Gewicht und die Grösse zur Zeit der Erstaufnahme wurde den Pflegebögen entnommen.

Folgender Fragebogen ⁺⁺⁾ wurde den Angehörigen mit der Bitte um Ausfüllung zugeschickt:

Name:

Vorname:

Gibt es Zuckerkrankheit, Gallenleiden, Magengeschwüre bei den Eltern, Grosseltern, Onkeln, Tanten, Neffen, Nichten Ihres Angehörigen?
(Bitte, unterstreichen Sie das betreffende Wort!)

Anweisung: Wenn Sie auf die gestellte Frage mit ja antworten müssen, machen Sie bitte einen Kreis um das

☒ ja I

Wenn Sie aber mit nein antworten müssen, machen Sie bitte einen Kreis um das

☒ nein !

- ⁺) "Nach Ausbruch der Psychose" ist eine ungenaue Ausdrucksweise. Gemeint ist nach Einlieferung in die Anstalt. Der genaue Zeitpunkt des Beginns einer Psychose ist oft nicht oder nur willkürlich zu bestimmen.
- ⁺⁺⁾ Der Fragebogen wurde von der Psychosomatischen Beratungsstelle der Medizinischen Poliklinik der Universität München übernommen.

Beantworten Sie bitte alle Fragen! Wenn Sie nicht sicher sind, machen Sie die Angaben nach bestem Wissen.

Wollen Sie bitte nur die Krankheiten angeben, die bis zum Beginn der seelischen Erkrankung Ihres Angehörigen auftraten!

Fragen	vor d. Psych.		nach d. Psych.	
	ja	nein	ja	nein
17. empfindl. Magen	ja	nein	ja	nein
18. Magenleiden	ja	nein	ja	nein
19. Magengeschwüre	ja	nein	ja	nein
20. Zwölffingerdarmgeschwüre	ja	nein	ja	nein
21. Erbrechen	ja	nein	ja	nein
22. Erbrechen nüchtern	ja	nein	ja	nein
23. Erbrechen nach Mahlzeiten	ja	nein	ja	nein
24. Speiseröhrenverengung	ja	nein	ja	nein
25. Leberleiden	ja	nein	ja	nein
26. Gelbsucht	ja	nein	ja	nein
27. Gallenblasenentzündung	ja	nein	ja	nein
28. Gallenkoliken	ja	nein	ja	nein
29. Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja	nein	ja	nein
30. Verstopfung	ja	nein	ja	nein
31. Durchfälle	ja	nein	ja	nein
32. Stottern	ja	nein	ja	nein
33. Nierenleiden	ja	nein	ja	nein
34. Nierenkoliken	ja	nein	ja	nein
35. Blasenleiden	ja	nein	ja	nein
36. Bettnässen	ja	nein	ja	nein
37. Bronchitis	ja	nein	ja	nein
38. Lungenentzündung	ja	nein	ja	nein
39. Asthma	ja	nein	ja	nein
40. Lungentuberkulose	ja	nein	ja	nein
41. Herzleiden	ja	nein	ja	nein
42. Herzklopfen	ja	nein	ja	nein
43. Herzangst	ja	nein	ja	nein

Fragen	vor d. Psych.		nach d. Psych.	
	ja	nein	ja	nein
44. Herzschmerzen	ja	nein	ja	nein
45. Angina pectoris	ja	nein	ja	nein
46. Hoher Blutdruck	ja	nein	ja	nein
47. Atemnot	ja	nein	ja	nein
48. Geschwollene Beine	ja	nein	ja	nein
49. Kalte Hände und Füße	ja	nein	ja	nein
50. auch bei warmem Wetter	ja	nein	ja	nein
51. dauernd feuchte Hände und Füße	ja	nein	ja	nein
52. Nägelkauen	ja	nein	ja	nein
53. Kopfschmerzen	ja	nein	ja	nein
54. Migräneanfälle	ja	nein	ja	nein
55. Wetter- u. Föhnempfindlich- keit	ja	nein	ja	nein
56. Schlafstörungen	ja	nein	ja	nein
57. Muskelrheuma	ja	nein	ja	nein
58. Hexenschuss	ja	nein	ja	nein
59. Nackensteifigkeit	ja	nein	ja	nein
60. Nervenentzündung	ja	nein	ja	nein
61. Nervosität	ja	nein	ja	nein
62. Nervenzusammenbruch	ja	nein	ja	nein
63. Nesselsucht, Heuschnupfen	ja	nein	ja	nein
64. Empfindlichkeit der Haut gegen Primeln, Erdbeeren, Fische usw.	ja	nein	ja	nein
65. Hautausschläge	ja	nein	ja	nein
66. Schwerhörigkeit	ja	nein	ja	nein
67. Kurzsichtigkeit	ja	nein	ja	nein
68. Farbenblindheit	ja	nein	ja	nein
69. Doppeltsehen	ja	nein	ja	nein
70. Ohnmachtsanfälle	ja	nein	ja	nein

Fragen	vor d. Psych.		nach d. Psych.	
	ja	nein	ja	nein
71. Epilepsie	ja	nein	ja	nein
72. Gliederlähmungen	ja	nein	ja	nein
73. Schreibkrampf	ja	nein	ja	nein
74. Zittern der Hände oder anderer Organe	ja	nein	ja	nein
75. Schilddrüsenüberfunktion	ja	nein	ja	nein

Die Ergebnisse der Befragung wurden in die beiden Spalten (vor und nach der Psychose) des Fragebogens eingetragen.

Der grösste Teil der statistischen Auswertung der Fragebögen wurden nach dem Lochkartensystem gemacht. Zu diesem Zwecke war es notwendig, die Angaben der Fragebögen lochkartengerecht aufzuteilen. Sie wurden in 75 Spalten aufgegliedert.⁺⁾

Spalte 1 - 16 einschliesslich gibt Auskunft über laufende Nummer der Fragebögen, Alter zur Zeit der Untersuchung, zur Zeit der Erkrankung, Dauer der Erkrankung, Körpergewicht, Geschlecht und familiäres Auftreten von Diabetes, Gallenleiden und Magengeschwüren.

Die Spalten 1 - 3 geben Auskunft über die laufende Nummer, die Spalten 4 - 9 über das Alter. Spalte 4 und 5 gibt das Alter zur Zeit der Untersuchung bekannt, Spalte 6 und 7 das Alter zur Zeit der Erkrankung (stat. Aufnahme) und Spalte 8 und 9 die Dauer der Erkrankung (Anstaltsaufenthalt) in Jahren.

⁺⁾ Die Lochkarten und die Fragebögen sind in der Medizinischen Poliklinik, Psychosomatische Abteilung, deponiert.

Die Angaben über das Körpergewicht enthalten die Spalten 10 - 15. So gibt Spalte 10 und 11 Auskunft über das Übergewicht, Spalte 12 und 13 über das Untergewicht in kg. Das Normgewicht (Signatur = 1) ist in Spalte 14 angegeben (Aufteilung des Körpergewichtes siehe weiter unten).

Spalte 15 gibt das Geschlecht des Probanden wieder, und zwar für Männer die Signatur 1 und für Frauen die Signatur 2.

Über das familiäre Auftreten von Diabetes, Gallenleiden und Magengeschwüren, werden in der Spalte 16 Aussagen gemacht.

Die Signaturen bedeuten:

- 0 = von den gefragten Krankheiten wird keine angegeben;
- 1 = Diabetes;
- 2 = Gallenleiden;
- 3 = Magengeschwüre;
- 4 = Diabetes und Gallenleiden;
- 5 = Diabetes und Magengeschwüre;
- 6 = Gallenleiden und Magengeschwüre;
- 7 = Diabetes und Gallenleiden und Magengeschwüre.

Das Körpergewicht wurde aufgeteilt in 3 Gruppen:

Norm-, Unter- und Übergewicht. Das Normgewicht wurde nach der Broca'schen Formel: Körpergröße in cm minus 100 = kg Körpergewicht ermittelt. Wegen der Ungenauigkeit dieser Formel erweiterten wir den Normwert um (± 2) kg. Die Aufgliederung der Unter- und Übergewichtigen Probanden geschah nach folgendem Schema:

Übergewicht	Untergewicht
I. Grad: (+ 3) - (+ 6) kg	(- 3) - (- 6) kg
II. Grad: (+ 7) - (+ 10) kg	(- 7) - (- 10) kg
III. Grad: über (+ 11) kg	unter (- 11) kg

Um ein genaueres Bild der Altersverteilung der Kranken für die Zeit vor der Psychose zu erhalten, was für einen Vergleich der Vorkrankheiten unserer Probanden mit den Erkrankungen einer auswahlfreien Gruppe der Durchschnittsbevölkerung von Bedeutung ist, haben wir das Erkrankungsalter in Dekaden aufgeteilt.

Bei der statistischen Auswertung der Spalten 17 - 75 müssen 4 mögliche Kombinationen berücksichtigt werden:

- 0 = die fragten Erkrankungen treten nicht auf
- 1 = sie treten nur vor der Psychose auf;
- 3 = sie treten vorher und nachher auf (persistieren),
- 6 = sie treten nur nach der Psychose auf

		nachher	
		ja	nein
vorher	ja	3	1
	nein	6	0

Die jeweils der Beantwortung der Fragen 17 - 75 entsprechende Signatur (z.B. (vorher: ja, nachher: nein) = 1) wurde auf Lochkarten übertragen. Von der statistischen Zählmaschine wurden dann die Angaben aller Fragebögen tabelliert. Aus der damit gegebenen Übersicht wurden die Gesichtspunkte und die Möglichkeiten der Symptomkombination für diese Untersuchung ausgewählt und verwertet.

In der Folge wurden dann die Symptome nach Antriebsthematiken zusammengestellt und für die einzelnen Symptome die Häufigkeit der positiven Antworten in den Fragebögen ausgezählt. Die folgenden Begriffsbestimmungen: Depressive Thematik, anal-retentive Thematik usw. sind heuristischer Natur und bezeichnen den vorläufigen Standort der psychosomatischen Forschung.

Folgende Symptome wurden zusammengestellt zur:

a) Depressiven Thematik

Störungen des Esstriebes (hier Unter- und Übergewicht), Kardiospasmus ⁺), Erbrechen, Magenstörungen, Ulcus ventriculi et duodeni ⁺⁺), Bronchitis, Pneumonie, Lungentuberkulose, Asthma.

-
- +) Kardiospasmus wird in beiden Gruppen nicht angegeben
 - ++) Ulcus duodeni tritt in der depressiven Untersuchungsreihe nicht auf

b) Anal-retentive:1 Thematik

Durchblutungsstörungen, Nierenleiden, Blasenleiden, Muskelrheuma, Steifhals, Obstipation, Leberleiden, Gallenleiden, Schreibkrampf, Hexenschuss.

c) Anal-aggressiven Thematik

Kopfschmerzen, Migräneanfälle, Hypertonie, Herzleiden, Herzklopfen, Herzangst, Herzschmerzen, Angina pectoris, Atemnot, geschwollene Beine, Zittern der Hände und anderer Organe, Epilepsie +), Nägelkauen, Stottern, Bettnässen, Diarrhoe.

d) Hingabethematik

Ohnmachtsanfälle, Bettnässen.

e) Morbus Basedow.

f) Vegetativen Symptomatik

Wetter- und Föhnempfindlichkeit, Schlafstörungen, Nervosität, Nervenzusammenbruch.

g) Schizoiden Thematik

Symptome der Sinnesorgane: Augen, Ohren, Haut und allergische Symptome.

h) Frühkindlichen Neurosethematik

Stottern, Bettnässen, Nägelkauen

Zur Eingliederung der Probanden in diese Thematiken wurde die Häufigkeit der einzelnen Symptome dieser Komplexe addiert und durch die Anzahl der jeweils zutreffenden Symptome dividiert.

+) Epilepsie wird in der depressiven Gruppe nicht angegeben und tritt in der schizophrenen in einem Fall erst in der Psychose auf

M A T E R I A L

Die Untersuchungen wurden an zwei Gruppen von Kranken: 100 Schizophrenen und 100 Depressiven ausgeführt. Als dritte Gruppe sollten eindeutige Anankasten herangezogen werden. Davon musste Abstand genommen werden, da unter den Anstaltsinsassen nur 15 Kranke dieser Art mit gesicherter Diagnose zu finden waren.

a) Durchschnittsalter zur Zeit der Untersuchung und der Erkrankung und Erkrankungsdauer

1. Depressive Gruppe

Von den hundert Probanden der depressiven Gruppe sind 29 Männer und 71 Frauen.

Das Durchschnittsalter zur Zeit der Untersuchung beträgt	50, 3 Jahre,
das mittlere Erkrankungsalter	45, 5 Jahre,
die mittlere Erkrankungsdauer	4, 8 Jahre.

Also waren die Probanden der depressiven Gruppe im Durchschnitt 4, 8 Jahre in der Anstalt (die meisten intermittierend, entsprechend den Phasen der Psychose).

Die 29 männlichen Probanden haben zum Zeitpunkt der Untersuchung ein Durchschnittsalter von	51, 2 Jahren,
ein mittleres Erkrankungsalter von	47, 3 Jahren,
eine mittlere Erkrankungsdauer von	3, 9 Jahren.

Die 71 weiblichen Probanden haben zur Zeit dieser Untersuchung ein Durchschnittsalter von	49, 3 Jahren,
ein mittleres Erkrankungsalter von	43, 8 Jahren,
eine mittlere Erkrankungsdauer von	5, 5 Jahren.

Das niedrigste Erkrankungsalter liegt bei den männlichen wie bei den weiblichen Probanden bei 20 Jahren. Das höchste Erkrankungsalter beträgt bei den männlichen als auch bei den weiblichen Probanden 65 Jahre.

Teilt man nun das Erkrankungsalter in Dekaden ein, so ergibt sich, dass

im Alter von 20 - 29 Jahren	13 %,
im Alter von 30 - 39 Jahren	17 %,
im Alter von 40 - 49 Jahren	34 %,
im Alter von 50 - 59 Jahren	26 %,
im Alter von 60 - 69 Jahren	10 %

erkranken.

Von den 29 männlichen Probanden erkranken

im Alter von 20 - 29 Jahren	10,3 %,
im Alter von 30 - 39 Jahren	13,8 %,
im Alter von 40 - 49 Jahren	31,0 %,
im Alter von 50 - 59 Jahren	27,6 %,
im Alter von 60 - 69 Jahren	17,2 %.

Von den 71 weiblichen Probanden erkranken

im Alter von 20 - 29 Jahren	14,1 %,
im Alter von 30 - 39 Jahren	18,3 %,
im Alter von 40 - 49 Jahren	35,2 %,
im Alter von 50 - 59 Jahren	25,3 %,
im Alter von 60 - 69 Jahren	7,0 %.

Der Gipfelpunkt des Krankheitsbeginnes liegt also bei Männern und Frauen zwischen 40 und 49 Jahren (s. Abb. 1 und 2).

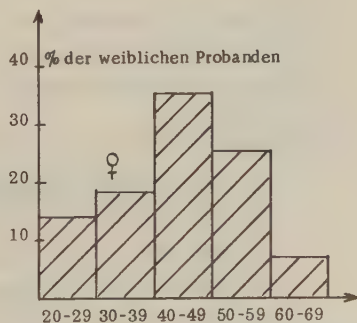
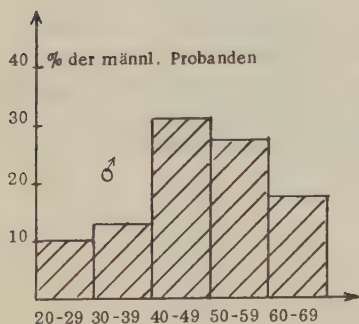


Abb. 1 u. 2 Aufgliederung des Erkrankungsalters der depressiven Gruppe in Dekaden. Für Männer und Frauen

2. Schizophrene Gruppe

Von den 100 Probanden dieser Gruppe sind 45 Männer und 55 Frauen.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung haben die hundert Probanden

ein Durchschnittsalter von	45, 8 Jahren,
ein mittleres Erkrankungsalter von	37, 7 Jahren,
eine mittlere Erkrankungsdauer von	8, 1 Jahren.

Die Patienten dieser Untersuchungsreihe waren also zum Zeitpunkt der Untersuchung im Mittel 8, 1 Jahre in der Heil- und Pflegeanstalt. Die mittlere Erkrankungsdauer der schizophrenen Probanden muss als ein Minimum angesehen werden. Es darf angenommen werden, dass nicht alle Psychotiker sofort mit Ausbruch der Psychose von der Anstalt erfasst wurden, sondern erst in dem Augenblick, als sie für die Umgebung (häuslich oder beruflich) untragbar wurden. Das würde auch das hohe mittlere Erkrankungsalter erklären.

Die 45 männlichen Probanden haben zum Zeitpunkt der Untersuchung

ein Durchschnittsalter von	44, 9 Jahren,
ein mittleres Erkrankungsalter von	35, 4 Jahren,
eine mittlere Erkrankungsdauer von	9, 5 Jahren.

Die weiblichen Probanden haben zur Zeit der Untersuchung

ein Durchschnittsalter von	46, 6 Jahren,
ein mittleres Erkrankungsalter von	39, 7 Jahren,
eine mittlere Erkrankungsdauer von	6, 9 Jahren.

Das niedrigste Erkrankungsalter liegt bei den Männern bei 16 Jahren, bei den Frauen bei 20 Jahren. Das höchste Erkrankungsalter beträgt bei den männlichen Probanden 70 Jahre, bei den weiblichen 66 Jahre.

Bei der Aufteilung des Erkrankungsalters in Dekaden ergibt sich, dass

im Alter von 20 - 29 Jahren	29 %,
im Alter von 30 - 39 Jahren	25 %,
im Alter von 40 - 49 Jahren	30 %,
im Alter von 50 - 59 Jahren	12 %,
im Alter von 60 - 69 Jahren	4 %

erkranken.

Von den männlichen Probanden erkranken

im Alter von 20 - 29 Jahren	33,3 ‰,
im Alter von 30 - 39 Jahren	31,1 ‰,
im Alter von 40 - 49 Jahren	22,2 ‰,
im Alter von 50 - 59 Jahren	6,6 ‰,
im Alter von 60 - 69 Jahren	4,4 ‰.

Von den 55 weiblichen Probanden erkranken

im Alter von 20 - 29 Jahren	25,5 ‰,
im Alter von 30 - 39 Jahren	22,0 ‰,
im Alter von 40 - 49 Jahren	36,4 ‰,
im Alter von 50 - 59 Jahren	14,5 ‰,
im Alter von 60 - 69 Jahren	3,6 ‰.

Der Gipfel der Erkrankungen liegt also in den ersten 3 Dekaden. Das Ansteigen der Erkrankungen der weiblichen Probanden im Alter von 40 - 49 Jahren muss im Zusammenhang mit den hormonalen Umstellungen im beginnenden Klimakterium gesehen werden. (siehe Abb. 3 und 4)

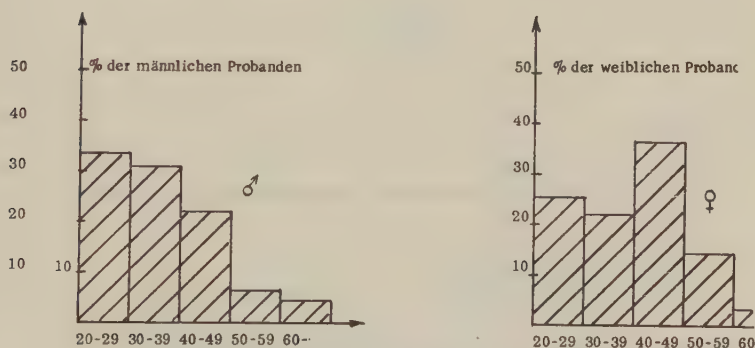


Abb. 3 u. 4. Aufgliederung des Erkrankungsalters der schizophränen Gruppe in Dekaden. Für Männer und Frauen.

b) Körpergewicht

1. Depressive Gruppe

Zur Zeit der Untersuchung waren von den Probanden der depressiven Gruppe

22 % normgewichtig;

37 % übergewichtig;

41 % untergewichtig.

(siehe Abb. 5)

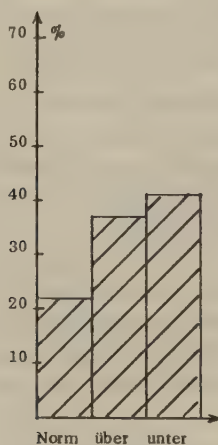


Abb. 5. Aufteilung der depressiven Gruppe nach Gewichtsverhältnissen

Von den männlichen Probanden waren zum selben Zeitpunkt

24,2 % normgewichtig,

34,4 % übergewichtig,

41,4 % untergewichtig.

Von den weiblichen Probanden waren zur selben Zeit

21,2 % normgewichtig,

38,0 % übergewichtig,

40,8 % untergewichtig.

Zur Zeit der Erstaufnahme zeigten die Probanden folgende Gewichtsverhältnisse (gegliedert nach Dekaden):

	norm-	über-	untergewichtig
1. Dekade: 20-29 Jahre	2 %	6 %	5 %
2. Dekade: 30-39 Jahre	4 %	9 %	4 %
3. Dekade: 40-49 Jahre	6 %	11 %	17 %
4. Dekade: 50-59 Jahre	7 %	9 %	10 %
5. Dekade: 60-69 Jahre	3 %	2 %	5 %

Das nach der Erfahrung zu erwartende stärkere Hervortreten von Übergewichtigkeit bei den Probanden der depressiven Gruppe für die Zeit vor der Erkrankung kommt hier nicht zum Ausdruck. Die Gründe dafür liegen wohl darin, dass die Kranken z.T. erst längere Zeit nach Krankheitsbeginn in die Anstalt eingewiesen werden. (siehe Abb. 6)

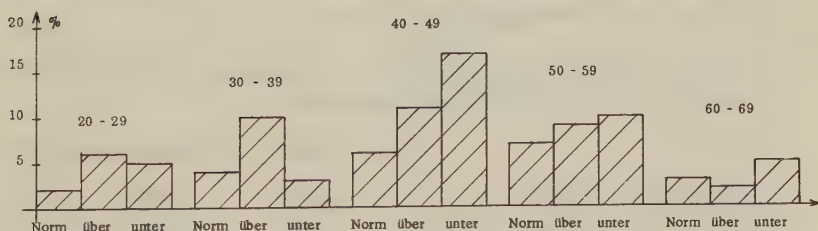


Abb. 6: Gewichtsverhältnisse der depressiven Probanden vor Ausbruch der Psychose (aufgeteilt in Dekaden).

Von den 37 % Übergewichtigen der depressiven Gruppe sind

56,5 % übergewichtig 1. Grades

16,2 % übergewichtig 2. Grades

26,8 % übergewichtig 3. Grades

Von den 41 % Untergewichtigen sind

31,8 % untergewichtig 1. Grades

39,0 % untergewichtig 2. Grades

29,3 % untergewichtig 3. Grades

2. Schizophrene Gruppe

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren von den Probanden der schizophrenen Gruppe

22 % normgewichtig,
11 % übergewichtig,
67 % untergewichtig.
(siehe Abb. 7)

Von den männlichen Probanden waren zu diesem Zeitpunkt

22,2 % normgewichtig,
4,4 % übergewichtig,
71,1 % untergewichtig.

Bei den 55 weiblichen Probanden waren zur selben Zeit

21,8 % normgewichtig,
16,4 % übergewichtig,
63,6 % untergewichtig.

In dieser Gruppe überwiegt, wie zu erwarten war, bei weitem die Zahl der Untergewichtigen.

Von den hundert Untersuchten dieser Gruppe waren, aufgeteilt nach Lebensalter in Dekaden bei Krankheitsbeginn

	norm-	über-	untergewichtig
1. Dekade: 20-29 Jahre	5 %	1 %	23 %
2. Dekade: 30-39 Jahre	4 %	5 %	16 %
3. Dekade: 40-49 Jahre	9 %	2 %	19 %
4. Dekade: 50-59 Jahre	2 %	1 %	9 %
5. Dekade: 60-69 Jahre	2 %	2 %	

(siehe Abb. 8)

Wegen des deutlichen Überwiegens der Untergewichtigen wird darauf verzichtet, dass Übergewicht noch nach Graden aufzugliedern.

Von den Untergewichtigen sind zum Zeitpunkt der Untersuchung

46,3 % untergewichtig 1. Grades,

23,9 % untergewichtig 2. Grades,

29,9 % untergewichtig 3. Grades.

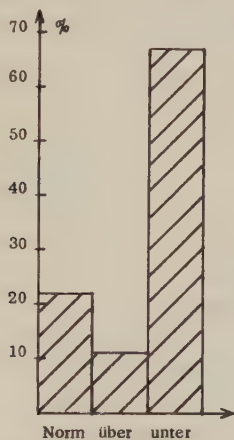


Abb. 7. Aufteilung der schizophrenen Gruppe nach Gewichtsverhältnissen.

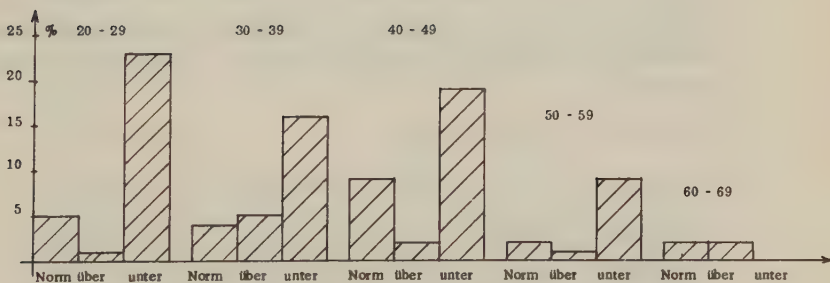


Abb. 8: Gewichtsverhältnisse der schizophrenen Probanden vor Ausbruch der Psychose (aufgeteilt in Dekaden).

ERGEBNISSE

A. Die Spalte 16 gibt über das Auftreten von Diabetes, Gallenleiden, Ulcus ventriculi in der Verwandtschaft der Probanden Auskunft.

Von diesen gefragten Krankheiten kamen in den einzelnen Gruppen vor:

	Depress.	Schiz.
1. Diabetes	2	4
2. Gallenleiden	4	5
3. Ulcus ventriculi ⁺⁾	7	9
4. Diabetes und Gallenleiden kombiniert	0	2
5. Diabetes und Ulcus ventr. kom- biniert	2	2
6. Gallenleiden und Ulcus ventr. komb.	0	1
7. Diabetes, Gallenleiden und Ulcus ventr. komb.	0	0

B. In dem Fragebogen (siehe Methodik) ist nach 57 Symptomen gefragt. Das ergibt bei 100 Probanden 5700 Symptome. Diese sind als 100 % gesetzt. Nun wird die Verteilung der Symptome vor und nach Ausbruch der Psychose für die Depressive und die Schizophrene Gruppe untersucht.

I. Vor Ausbruch der Psychose

	Depress.	Schiz.
Männer und Frauen	19,9 %	12,2 %
Männer	19,4 %	10,5 %
Frauen	20,1 %	13,5 %

⁺⁾ Das Ulcus ventr. tritt in allen sieben Fällen nur in der Verwandtschaft der weiblichen Probanden auf

II. Nach Ausbruch der Psychose

	Depress.	Schiz.
Männer und Frauen	0,9 %	0,7 %
Männer	0,9 %	0,7 %
Frauen	1,0 %	0,8 %
a) Davon persistieren		
Männer und Frauen	0,7 %	0,3 %
Männer	0,4 %	0,2 %
Frauen	0,8 %	0,4 %
b) Davon treten in der Psychose neu auf:		
Männer und Frauen	0,2 %	0,4 %
Männer	0,6 %	0,6 %
Frauen	0,2 %	0,4 %

Also verschwinden mit Ausbruch der Psychose (von den 19,9 % bzw. 12,2 %; von den 19,4 % bzw. 10,5 %; von den 20,1 % bzw. 13,5 %):
bei

Männern und Frauen	96,5 %	97,5 %
Männern	97,9 %	98,1 %
Frauen	96,0 %	97,0 %

C. I. Vor der Psychose nicht auftretende Symptome:

Depress.	Schiz.
1. Oesophagusstenose	1. Oesophagusstenose
2. Ulcus duodeni	2. Diabetes mellitus
3. Epilepsie	
4. Farbenblindheit	

Aus der Tatsache, dass gewisse Symptome vor der Psychose bei unseren Probanden nicht nachweisbar sind, können keine Schlüsse gezogen werden. Die aufgezählten nicht auftretenden Störungen (Epilepsie, Diabetes etc.) treten auch in der Durchschnittsbevölkerung so selten auf, dass ein Nichtinscheintreten bei nur 100 Probanden nichts besagt. Nach der Untersuchung von Thie-

mann ⁺) treten dieselben in der Durchschnittsbevölkerung nur mit einer Häufigkeit von 0,5 % - 5 % auf.

II. Die nach Ausbruch der Psychose nicht mehr nachweisbaren Symptome sind:

a) In der depressiven Gruppe

Magenleiden, Magengeschwür ⁺⁺), Leberleiden, Gallenblasenentzündung, Diabetes mellitus, Obstipation, Nierenleiden, Nierenkoliken, Bettnässen, Nägelkauen, Asthma, Herzklopfen, Angina pectoris, Hypertonie ⁺⁺⁺), Atemnot, geschwollene Beine, kalte Hände und Füße, auch bei warmem Wetter, feuchte Hände und Füße, Migräneanfälle, Muskelreuma, Hexenschuss, Nackensteifigkeit, Nervosität, Nervenzusammenbruch, Nesselsucht und Heuschnupfen, Allergie, Schwerhörigkeit, Kurzsichtigkeit, Doppelsehen, Ohnmachtsanfälle, Gliederlähmungen, Schreibkrampf, Zittern der Hände und anderer Organe.

b) In der schizophrenen Gruppe

Obstipation, Stottern, Bettnässen, Nägelkauen, Nierenkoliken, Asthma, Herzklopfen, Herzangst, Herzschmerzen, Atemnot, geschwollene Beine, kalte Hände und Füße, auch bei warmem Wetter, feuchte Hände und Füße, Migräneanfälle, Wetter- und Föhnempfindlichkeit, Schlafstörungen, Hexenschuss, Nackensteifigkeit, Nervenentzündung, Nervosität, Nervenzusammenbruch, Nesselsucht und Heuschnupfen, Hautausschläge, Schwerhörigkeit, Kurzsichtigkeit, Farbenblindheit, Doppelsehen, Gliederlähmungen, Schreibkrampf, Zittern der Hände und Füße und anderer Organe, Morbus Basedow.

⁺) Thiemann, H.: Dissertation in Vorbereitung

⁺⁺) z. T. röntgenologisch geprüft und bestätigt

⁺⁺⁺) Das Verschwinden der Hypertonie ist durch verlässliche Messungen des Blutdruckes gesichert

III. Die persistierenden Symptome:

- a) In der depressiven Gruppe persistieren von 17 Blasenleiden 1⁺, von 33 Bronchitis 2, von 7 Lungentuberculose 1, von 47 Herzangst 1, von 26 Herzschmerzen 1, von 60 Kopfschmerzen 5, von 43 Wetter- und Föhnempfindlichkeit 1, von 74 Schlafstörungen 2, von 17 Nervenentzündung 1, von 16 Hautausschläge 1, von 14 Morbus Basedow 2, von 18 Kurzsichtigkeit 16, von 8 Schwerhörigkeit 6.
- b) In der schizophrenen Gruppe persistieren von 5 Gallenblasenentzündung 1, von 7 Gallenkoliken 2⁺⁺, von 12 Blasenleiden 2, von 37 Bronchitis 1, von 15 Herzleiden 2, von 15 Hypertonie 2, von 53 Kopfschmerzen 2, von 7 Kurzsichtigkeit 3, von 5 Schwerhörigkeit 2.

IV. Die in der Psychose neu auftretenden Symptome sind:

a) Depressive Gruppe

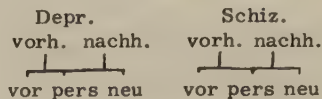
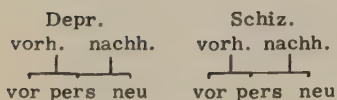
Empfindlicher Magen (1 zu 28)⁺⁺⁺, Erbrechen (2 zu 15), Gelbsucht (2 zu 11), Gallenkoliken (1 zu 8), Diarrhoe (1 zu 16), Stottern (1 zu 5), Bronchitis (2 zu 23), Pneumonie (1 zu 14), Lungentuberculose (1 zu 7), Herzleiden (1 zu 29), Kopfschmerzen (1 zu 60).

b) Schizophrene Gruppe

Empfindlicher Magen (1 zu 9), Magenleiden (1 zu 10), Ulcus ventriculi (1 zu 1), Ulcus duodeni⁺⁺⁺⁺ (1 zu 0), Erbrechen (1 zu 6), Leberleiden (1 zu 1), Gelbsucht (2 zu 8), Diarrhoe (3 zu 15), Nierenleiden (1 zu 9), Bronchitis (2 zu 37), Pneumonie (4 zu 13), Lungentuberculose (1 zu 2), Herzleiden (1 zu 15), Angina pectoris (1 zu 12), Hypertonie (1 zu 15), Allergie (1 zu 5), Muskelrheuma (1 zu 12), Ohnmachtsanfälle (2 zu 7), Epilepsie (1 zu 0)

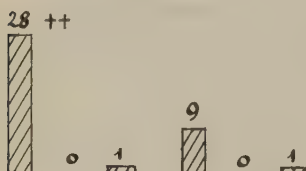
-
- +) Die Zahlen bedeuten z.B. von 17 vor der Psychose auftretenden Symptomen persistiert nur 1 Symptom
- ++) Das Gallenleiden tritt nur bei den weiblichen Probanden auf
- +++) d.h. zu 28 vor der Psychose auftretende Symptome tritt nach Ausbruch der Psychose 1 neu auf
- ++++) Ulcus ventr. et duodeni tritt nur bei den Männern in Erscheinung

D. Graphische Darstellung der Häufigkeit der Symptome vor und nach Ausbruch der Psychose für die depr. u. schiz. Gruppe.
Nach Thematiken geordnet.

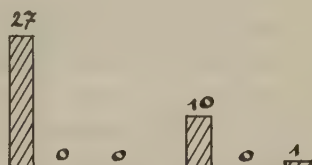


a. Depressive Thematik

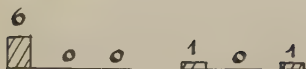
empfindlicher Magen



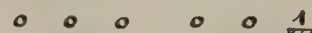
Magenleiden



Ulcus ventr.



Ulcus duodeni



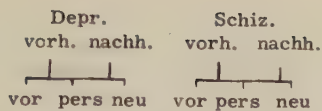
Erbrechen



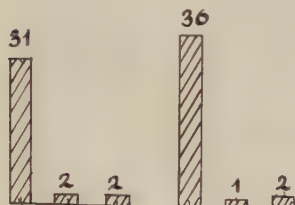
Pneumonie



++) Die Zahlen geben sowohl Real- als auch Prozentzahlen an, da in jeder Gruppe je 100 Probanden untersucht wurden.



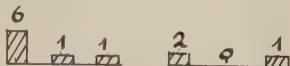
Bronchitis



Asthma bronchiale



Lungen- Tbc.



Anal- retentive Thematik

Durchblutungsstörungen



Muskelrheuma



Nierenleiden

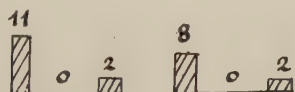
Blasenleiden



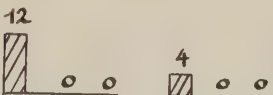
Hexenschuss



Gelbsucht



Nackensteifigkeit



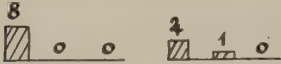
Depr.
vorh. nachh.
vor pers neu

Schiz.
vorh. nachh.
vor pers neu

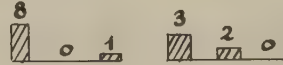
Depr.
vorh. nachh.
vor pers neu

Schiz.
vorh. nachh.
vor pers neu

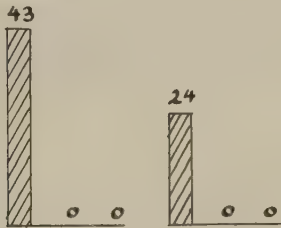
Gallenblasenentzündung



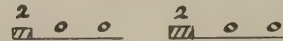
Gallenkoliken



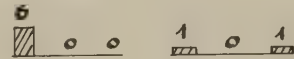
Obstipation



Nierenkoliken

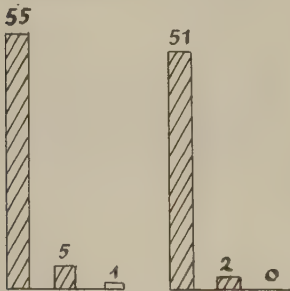


Leberleiden

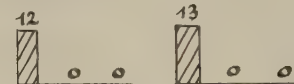


e. Anal-aggressive Thematik

Kopfschmerzen



Migräne



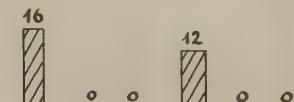
Hypertonie



Angina pectoris



geschwollene Beine



Depr.
vorh. nachh.



vor pers neu

Schiz.
vorh. nachh.



vor pers neu

Depr.
vorh. nachh.



vor pers neu

Schiz.
vorh. nachh.

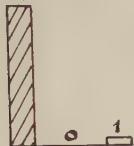


vor pers neu

Herzschmerzen

Herzleiden

29



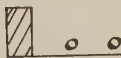
13



25



10



Herzklopfen

57



17



Herzangst

47



20



Depr.			Schiz.		
vorh. nachh.			vorh. nachh.		
vor	pers	neu	vor	pers	neu

Atemnot

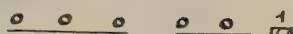


Depr.			Schiz.		
vorh. nachh.			vorh. nachh.		
vor	pers	neu	vor	pers	neu

Zittern der Hände und a. Org.

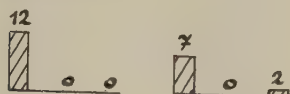


Epilepsie



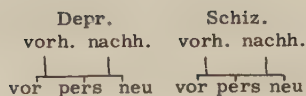
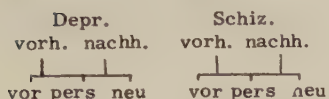
d. Hingabe - Thematik

Ohnmachtsanfälle

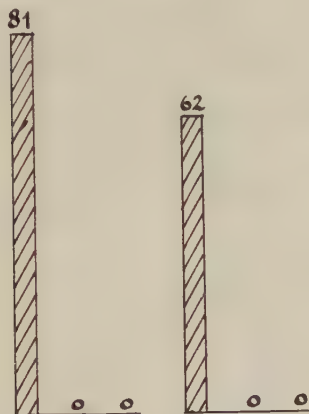


e. Morbus Basedowii

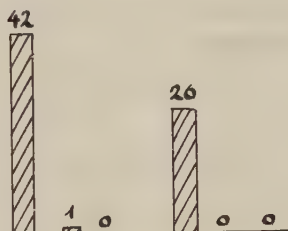




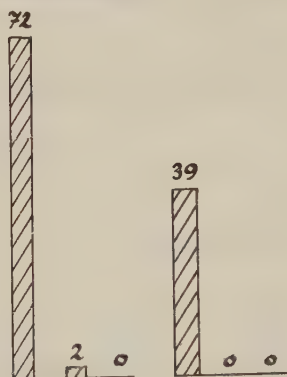
Nervosität



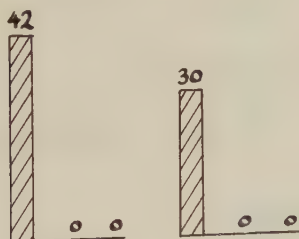
Wetter- u. Föhnempfindl.



Schlafstörungen

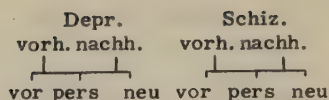
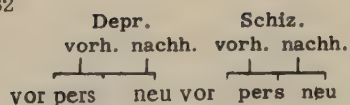


Nervenzusammenbruch



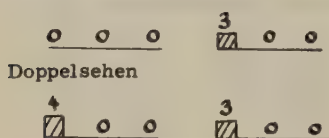
feuchte Hände u. Füße





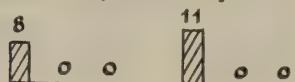
Schizoide Thematik

Farbenblindheit

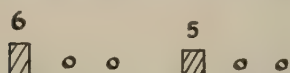


Doppelsehen

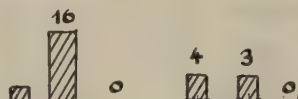
Nesselsucht, Heuschnupfen



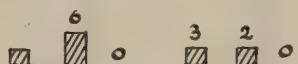
Empfindlichk. der Haut gegen Erdbeeren, Fische u. a.



Kurzsichtigkeit



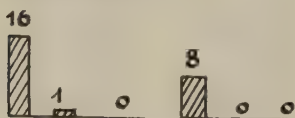
Schwerhörigkeit



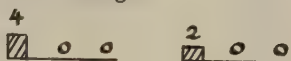
Hautausschläge



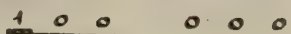
Nervenentzündung



Gliederlähmungen



Diabetes



Frühkindliche Neurosethematik:

	Depress.	Schiz.
Stottern	5	3
Bettnässen	7	9
Nägelkauen	13	8

E. Die Antriebsthematiken in der Häufigkeit ihres Auftretens für die depressive und die schizophrene Gruppe:

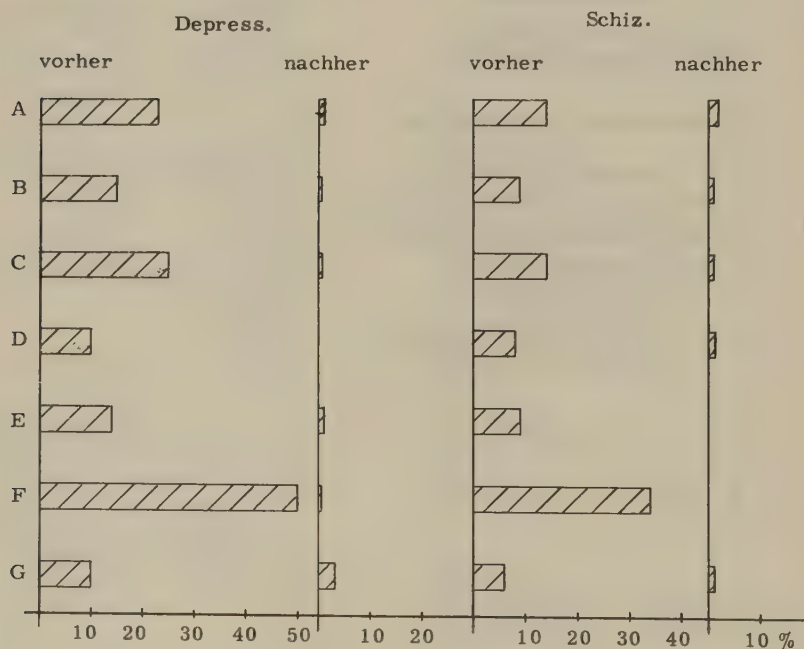
I. Vor Ausbruch der Psychose

Thematik	Depress.	Schiz.
A. Depressive Thematik	22,0 ‰	14,4 ‰
B. Anal-retentive Thematik	14,9 ‰	8,9 ‰
C. Anal-aggressive Thematik	24,4 ‰	14,3 ‰
D. Hingabethematik	9,5 ‰	8,0 ‰
E. Morbus Basedowii	14,0 ‰	9,0 ‰
F. Vegetative Thematik	51,0 ‰	34,2 ‰
G. Schizoide Thematik	8,6 ‰	6,1 ‰

II. Nach Ausbruch der Psychose

A. Depressive Thematik	1,1 ‰	1,4 ‰
B. Anal-retentive Thematik	0,4 ‰	0,7 ‰
C. Anal-aggressive Thematik	0,6 ‰	0,8 ‰
D. Hingabethematik		1,0 ‰
E. Morbus Basedowii	1,0 ‰	
F. Vegetative Symptomatik	0,6 ‰	
G. Schizoide Thematik	3,3 ‰	0,7 ‰

III. Graphische Darstellung der Häufigkeit des Auftretens der Thematiken vor und nach Ausbruch der Psychose.



ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

- I. Die Ergebnisse des ersten Teils der Arbeit, Art und Häufigkeit von körperlichen Erkrankungen vor Ausbruch einer Psychose, fassen wir zunächst zusammen:
 1. Die Probanden der depressiven Gruppe sind zu 71 % Frauen. Die Gruppe befindet sich in dieser Hinsicht in Übereinstimmung mit der Mann - Frau Relation, die allgemein für das manisch-depressive Irresein angegeben wird (3).
 2. In der depressiven Gruppe treten die gefragten körperlichen Störungen vor der Psychose um 39 % häufiger auf als in der schizophrenen Gruppe.
 3. Das Überwiegen von Symptomen in der depressiven Gruppe kommt auf zwei verschiedene Weisen zustande.
 - a) Dadurch, dass alle gefragten Störungen bei den späteren Depressiven häufiger vorkommen als bei den Schizophrenen. Das Umgekehrte kommt nur einige Male, und dann so geringfügig vor, dass wir es vernachlässigen können. Mit einer Ausnahme: Farbenblindheit tritt nur in der schizophrenen Gruppe (3 Probanden) auf. In der depressiven fehlt sie ganz.
 - b) Dadurch - und das erklärt die Grösse des Unterschiedes - dass bestimmte Störungen bei den späteren Depressiven besonders häufig angegeben werden: Magensymptomatik erscheint 3 mal; Ulcus ventr. 6 mal; Erkrankungen der Muskulatur 2 mal; Hypertonie 2 mal; Herzbeschwerden 2 1/2 mal; Asthma 3 mal und vegetative Symptome 1/2 mal häufiger als in der schizophrenen Gruppe.
 4. Bei der frühkindlichen Neurosensymptomatik zeigt sich ein signifikanter Unterschied nur beim Nägelkauen, das in der depressiven Gruppe häufiger ist als in der schizophrenen (13 : 8).

II. Als zweites betrachten wir die Veränderungen, welche die körperlichen Erkrankungen nach Ausbruch der Psychose erfahren:

1. Es erfolgt in beiden Gruppen ein annähernd gleich starkes Verschwinden der präpsychotischen Körpersymptomatik um 96 - 97 %. Unter den nicht mehr angegebenen und zum Teil durch objektive Prüfung nicht mehr nachweisbaren Störungen, sind nicht nur solche, die man als funktionelle bezeichnen könnte, sondern auch solche, bei denen ein Organdefekt gesichert ist. Hierhin zählen Ulkus und Tbc. Besonders beachtenswert ist, dass in fast allen Fällen von Hypertonie (bei 30 Depressiven und 13 Schizophrenen) der Blutdruck nach Beginn der Psychose normale Messwerte zeigt.
2. Dass Farbenblindheit und Doppeltsehen nach Beginn der Psychose nicht mehr angegeben werden und Kurzsichtigkeit und Schwerhörigkeit weniger geworden sind, erklärt sich wohl dadurch, dass diese Symptome zum Teil nicht auf echten Organstörungen beruhten, sondern bereits psychotische Körpersensationen darstellten.
3. Besonders auffallend ist die geringe Zahl der während des Anstaltsaufenthaltes neu auftretenden körperlichen Erkrankungen. Nach der allgemeinen Erfahrung wäre vor allem für Infektionskrankheiten eine Zunahme zu erwarten gewesen. Dies tritt jedoch - obgleich die Probanden im Mittel zwischen 5 und 8 Jahren in der Anstalt sind - nicht auf. Im Gegenteil erscheinen die Zahlen unter den Bedingungen erhöhter Infektionsgefahr besonders niedrig.

Bei den 100 Schizophrenen, die im Durchschnitt am längsten in der Anstalt sind, gab es während der Internierungszeit 4 mal eine Pneumonie, 2 mal eine Bronchitis, 1 mal eine Lungen-Tbc und 2 mal eine Gelbsucht. Bei den 100 Depressiven 1 mal eine Pneumonie, 2 mal eine Bronchitis, 1 mal eine Lungen-Tbc und 2 mal eine Gelbsucht.

III. Unser Bemühen, die angegebenen körperlichen Erkrankungen antriebspsychologischen Störungen zuzordnen, muss ausdrücklich als Versuch bezeichnet werden. Wir sind uns des heuristischen Charakters unserer Unternehmung bewusst. Eine Stellungnahme zu den Ergebnissen dieses Teiles der Arbeit unterbleibt, da uns dies als zu problematisch er-

scheint. Es überrascht, wenn man das Material überschaut, dass die Unterschiede der beiden Gruppen in bezug auf die depressive und die schizoide Thematik so gering sind. Nach der Auffassung SCHULZ-HENCKES (15) hätten hier stärkere Differenzen sichtbar werden müssen. Vor allem wäre nach seinen neurosen-theoretischen Modellvorstellungen eine wesentlich geringere Zahl schizoider Symptomatik in der depressiven Gruppe zu erwarten gewesen.

Auf eine Diskussion der in I - III zusammengefassten Ergebnisse muss verzichtet werden. Wir beschränken uns darauf, die Fragestellung aufzuwerfen und die gefundenen Daten vorzulegen.

Ein Vergleich unserer Ergebnisse mit denen anderer Untersucher kann nur für einige Krankheitsgruppen gegeben werden, da eine unserer Untersuchung vergleichbare nicht vorliegt. Besonders gut ist die Beziehung zwischen Psychose (Schizophrenie) und Lungentuberkulose untersucht.

ZURGILGEN (17), MARCHAND (11), BENVENUTI (2) und SANTONE (12) finden keine Häufung der Tbc bei Schizophrenen gegenüber der Normbevölkerung. CASAVOLA (5) findet Lungentuberkulose in der Vorgeschichte von Schizophrenen häufiger als in der Normbevölkerung. LANZIER (8) und WESTPHAL (16) finden manifeste Lungen Tbc bei Schizophrenen häufiger als in der Normbevölkerung. MARCHAND (11) u. a. weisen darauf hin, dass diese gegenteiligen Ergebnisse durch die Art der Unterbringung bedingt sind. Über das Vorkommen allergischer Symptome liegt eine statistische Untersuchung von ALLISTER (1) vor. Während allergische Symptome in der Normbevölkerung mit einer Häufigkeit von 21 Prozent vorkommen, findet er dieselben bei Psychotikern (nicht nach Diagnosen differenziert) nur in einer solchen von 5,7 Prozent; EHRENTHEIL (7) findet allergische Erkrankungen (Heuschnupfen, Asthma und rheumatoide Beschwerden) bei psychotischen Patienten seltener als in der Durchschnittsbevölkerung. 13 Prozent Allergikern in der Normalbevölkerung stehen nach seinen Angaben 2,9 % in der schizophrenen und 1,4 % in der manisch-depressiven Gruppe gegenüber. Über das Blutdruckverhalten bei Schizophrenen fanden wir eine Arbeit von LINGJAERDE (9) und Mitarbeitern, die feststellen, dass der systolische Druck bis zum 70 Lebensjahr normal bleibt. Eine Vergleichsunter-

suchung über den Blutdruck seiner Probanden vor der Psychose hat er nicht angestellt. Auch SCHACHTER (13) fand in einer Arbeit über die Blutdruckcharakteristika bei schizophrenen Zuständen stets einen normalen systolischen, jedoch einen erhöhten diastolischen Blutdruck. MANUELIDIS (10) fand, dass bei endogenen Psychosen Arteriosklerose wesentlich seltener vorkommt als bei Geistesgesunden. DUC (6) machte Untersuchungen an grossen Zahlen über die Häufigkeit des Diabetes mellitus bei Anstaltsinsassen und fand eine Zahl von 5 pro Mille gegenüber 1,5 pro Mille im Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung. Bei einer Aufgliederung der Gesamtzahl auf die verschiedenen Krankheitsbilder zeigte sich für die Schizophrenie eine Häufigkeit von 1,7 und für die Melancholie von 27 pro Mille. Unter den Manischen fand er keinen einzigen Zuckerkranken. Auch BLEULER (4) weist darauf hin, dass Diabetes und Schizophrenie seltener gekoppelt sind, als dem Zufall entsprechen würde. Mitteilungen über Asthma, Hauterkrankungen, Leberleiden, Schlafstörungen und Psychose, die uns noch zugänglich wurden, referieren wir hier nicht, da sie zu unserem Material nicht in Beziehung gestellt werden konnten. Die Beziehung zwischen Krampfanfällen und Psychose lassen wir ebenfalls weg, da Epilepsie in unserem Material nicht vorkommt.

LITERATURANGABE

1. Mc Allister, R. u. A.O. Hecker: The incidence of allergy in
psychotic reactions. Am.J.
Psychiatry 105: 843-848 (1949)

3. Benvenuti, M. ed A.Benvenuti: Tuberculose e demenza precoce.
Lolla tubercolosi 8: 756-762,
1040-1048 und 12: 1034-1043
(1937)

3. Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin,
Göttingen, Heidelberg 1955

4. Bleuler, M.: Endekrinologische Psychiatrie,
Stuttgart, 1954

5. Casacola, D.: Tuberculose e schizofrenia.
Schizofrenia 3: 147-156 (1933)

6. Duc, L.: Contribution à l'étude des
troubles du métabolisme hydro-
carboné dans les affectionne
mentales. Diabite et psychoses.
Arch. miss. neurol. 69.5 (1952)

7. Ehrentheil, O.F.: Common medical disorders
rarely found in psychotics pa-
tients. Arch. of Neur. and
Psych. 77, 178-186

8. Lanzier, J.; H. Baruk;
M. Bidermann u. F. Blumenfeld: La tuberculose pulmanaire des
dements precoces. Ann. med.-
psychol. 2: 726-734 (1933)

9. Lingjaerde, O.; e.l. Laane
and H. Stroem: The variation of blood pressure
with age in schizophrenics.
Acta psychiatr. K'hon. Supp.
60: 133-135 (1951)

10. Manuelidis, E. E.: Pathologisch-anatonische Begleitbefunde bei endogenen Psychosen. Vergleichende Untersuchungen bei Geisteskranken und Geistesgesunden mit bes. Berücksichtigung von Tuberculose, Carcinom und Arteriosklerose. Zschr. menschl. Vererb. Konst. Lehre 30: 572-587 (1952)
11. Marchand; zit. nach Lanzier: La tuberculose pulmonaire des dements precoces. Ann. med.-psychol. 2: 726-734 (1933)
12. Santone, M. Sui rapporti tra demenza precoce e tubercolosi. Note Psych. 64: 457-482 (1935)
13. Schachter, M.: Untersuchung über die Blutdruckcharakteristika bei schizophrenen Zuständen. Statistische und biometrische Daten. Neurobiologica (Pernambuco) 12: 163-167 (1949)
14. Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1951
15. Spiegelberg, Cl.: Über die Beziehung endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten. Fortschr. Neurol. 23: 221-248 (1955)
16. Westpahl, K. u. M.H. Welte: Tuberkulose und Schizophrenie. Khis. Wschr. 1: 1025 - 1026 (1930)
17. Zurgilgen, B.A.: Untersuchung über die konstitut. Verwandschaft von Tuberculose und Schiz. Schweiz. und Wschr. 4: 75-78 (1949)

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. med. W. Seitz, für die freundliche Überlassung der Arbeit und für die hilfreiche Unterstützung bei ihrer Ausführung meinen herzlichsten Dank auszusprechen. Auch sei es mir gestattet, Herrn Dr. med. J. Cremerius, dem leitenden Arzt der Psychosomatischen Beratungsstelle, für die hilfreichen Anweisungen bei der Ausführung dieser Arbeit herzlich zu danken.

LEBENS LAUF

Am 8. Februar 1933 wurde ich, Julius Günther Moormann, als Sohn des Bauern Gerhard Moormann und seiner Ehefrau Berta, geb. Berding, in Essen/Oldbg-Herbergen geboren.

Von 1939 bis 1943 besuchte ich die Volksschule in Essen/Oldbg-Herbergen. Dann besuchte ich bis 1949 die Bürgerschule in Löningen/Oldbg. Diese Zeit wurde durch die Nachkriegsverhältnisse für 1 Jahr unterbrochen. Von 1949 bis 1952 war ich Schüler des Clemens-August-Gymnasiums in Cloppenburg/Oldbg. An dieser Schule erhielt ich am 29. Februar 1952 das Reifezeugnis. Mein vorklinisches Studium begann ich im Sommer-Semester 1952 in Marburg an der Lahn. Nach fünf Semestern bestand ich daselbst im Herbst 1954 meine ärztliche Vorprüfung.

Während des klinischen Studiums war ich an Universitäten München (2 Semester), Freiburg im Breisgau (1 Semester) und München (3 Semester), wo ich am 29.2.1958 mein medizinisches Staatsexamen bestand.

